(Adresse)

An die

Bezirkshauptmannschaft Weiz

Referat für Sozialwesen, Kinder- und Jugendhilfe

Birkfelder Straße 28

8160 Weiz

Ort, Datum

ANTRAG

gemäß § 14 StKJHG-DVO

auf Gewährung eines Kostenzuschusses im Rahmen der Präventivhilfen für

Psychotherapie gemäß § 16 StKJHG-DVO

Psychologische Behandlung gemäß § 17 StKJHG-DVO

Präv. interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung gemäß § 18 StKJHG-DVO

Betreuung bei Trennungserlebnissen gemäß § 19 StKJHG-DVO

Betreuung bei Verlusterlebnissen gemäß § 19 StKJHG-DVO

Mutter-Kind-Wohnmöglichkeit gemäß § 20 StKJHG-DVO

für  das Kind/die/den Jugendliche/n, Name:      , Geb. Datum:      , Adresse:

**Angaben zu den Eltern**/**den zivilrechtlich zum Unterhalt Verpflichteten:**

**Mutter:**

Name:      , geboren:      , Anschrift:

**Telefonnummer: ………………………………………………………………………………………**

**Vater:**

Name:      , geboren:      , Anschrift:

**Telefonnummer: ………………………………………………………………………………………**

Bei Inanspruchnahme einer Psychotherapie/Psychologischen Behandlung verpflichte/n ich/wir mich/uns, aktiv an mindestens 1/5 der Therapie-/Behandlungseinheiten zu beteiligen.

**Anweisung des Kostenzuschusses nach Vorlage von Rechnung und Zahlungsbeleg auf das Konto**

KontoinhaberIn:

IBAN

Bankinstitut

BIC

1. Für das Kind, die/den Jugendliche/n wurden in den letzten 3 Monaten soziale   
 Leistungen von einer anderen Bezirkshauptmannschaft/Stadt Graz bezogen. Ja  Nein

2. In den letzten 3 Monaten hat sich der Hauptwohnsitz/der gewöhnliche   
 Aufenthalt geändert. Ja  Nein

Dem Antrag auf Kostenzuschuss sind folgende Unterlagen angeschlossen:

Bestätigung über die Kostenbeteiligung des Sozial- bzw. Krankenversicherungsträgers   
Therapieplan der/des Psychotherapeutin/en samt Beilage zum Antrag auf Kostenzuschuss

für das 1. Behandlungsjahr

Therapieplan der/des Psychotherapeutin/en samt Beilage zum Antrag auf Kostenzuschuss

für das 2. Behandlungsjahr   
Beilage zum Antrag auf Psychologische Behandlung samt Therapieplan der/des zur   
selbstständigen Berufsausübung berechtigten PsychologIn

Unterschrift der/des Antragstellerin/s:

Ort      , am